Hommage d'un
ses élèves
A. Bern

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 24 août 1852,

Par Louis-François DENOUH,
né à Auxerre (Yonne),

DOCTEUR EN MÉDECINE,

ancien Élève des Hôpitaux de Paris,
Interne à la Maison nationale de Charenton,
Médaille d'Argent (Choléra 1849).

DES

RUPTURES DU COEUR.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1852

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. P. DUBOIS, DOYEN.	MM.
Anatomie	DENONVILLIERS.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et chimie organique	.....
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. REQUIN.
Pathologie chirurgicale	GERDY. J. CLOQUET.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON, Examinateur.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. .....
Clinique chirurgicale	ROUX, Président. VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Secrétaire, M. AMETTE.

Agrégés en exercice.

MM. BEAU.	MM. GUENEAU DE MUSSY.
BÉCLARD.	HARDY.
BECQUEREL.	JARJAVAY.
BURGUIÈRES.	REGNAULD.
CAZEAUX.	RICHET.
DEPAUL.	ROBIN.
DUMÉRIL fils.	ROGER.
FAVRE.	SAPPEY.
FLEURY.	TARDIEU, Examinateur.
GIRALDÈS.	VIGLA.
GOSSELIN.	VOILLEMIER.
GRISOLLE, Examinateur.	WURTZ.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

D2/66-8-29

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS LIBRARY
CLASS
ACCN. 38897
SOURCE
DATE 15. VIII. 1972

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE

DE MA MÈRE.

Regrets éternels!

A MON PÈRE, A MA SECONDE MÈRE.

Amour et reconnaissance.

A MON ONCLE DENOUH,

Curé de Domecy.

Hommage d'une affection profonde et d'une éternelle reconnaissance.

A MON FRÈRE, A MES SŒURS.

Constante amitié.

A MON PREMIER MAITRE,

M. P.-J. ROUX,

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Institut et de l'Académie nationale de Médecine,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu,
Officier de la Légion d'Honneur, etc.

Faible témoignage de ma vive reconnaissance.

A M. LE Dr LÉLUT,

Député au Corps Législatif,
Membre de l'Institut,
du Conseil supérieur de l'Instruction publique, du Conseil de Salubrité,
Médecin des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'Honneur.

A M. LE Dr MITIVIÉ,

Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Remercîments pour leur bienveillante sollicitude.

A M. LE Dr CALMEIL,

Médecin en Chef de la Maison nationale de Charenton,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Hommage de ma profonde affection.

Je remercie M. le professeur Piorry, MM. Natalis Guillot, Gillette, Barth, Moreau, Archambault, Deguise, mes maîtres dans les hôpitaux, de leur bienveillance et de leurs savants conseils.

Je prie MM. les Drs Martin-Magron et Pajot de vouloir bien recevoir l'expression de ma reconnaissance pour les bonnes leçons que j'ai puisées à leur enseignement.

DES

RUPTURES DU CŒUR.

Parmi les maladies qui inspirent le plus d'effroi, les plus terribles sont assurément celles qui ont une durée tellement courte, qu'il est difficile à l'homme de l'art de les prévoir ; il ne les connaît guère que lorsque le moment est passé d'en arrêter les funestes conséquences. Il en est quelques-unes qui enlèvent l'infortuné qui en est atteint en un instant ; de ce nombre, est celle que je vais essayer de décrire.

La *rupture du cœur* est sans contredit, de toutes les maladies, celle qui entraîne après elle la mort la plus rapide ; en effet, il y a très-peu de lésions qui aient pour fâcheuses conséquences de transformer tout à coup en un cadavre un être plein de vie, quelquefois même plein de santé, l'instant d'auparavant. Cependant, comme je le ferai voir dans le cours de ce travail, la mort n'est pas toujours aussi instantanée, elle ne frappe pas toujours aussi inopinément ses coups : si, dans un grand nombre de cas, elle est précédée par un cortége d'accidents qui révèle à l'homme expérimenté que le malade, dans un temps plus ou moins rapproché, est condamné à mourir, dans quelques-uns aussi, comme j'espère le démontrer, des symptômes précurseurs annonceront longtemps à l'avance qu'il se passe dans l'organe central de la circulation un travail morbide qui, s'il n'est enrayé dès son origine, conduira infailliblement celui qui en est atteint à sa fin.

Parmi les observations que je citerai dans le cours de ce travail, on remarquera un cas de guérison bien constaté, bien avéré, que

j'ai emprunté au mémoire de M. Rostan ; on verra par cet exemple que, si terribles que soient les conséquences habituelles d'un pareil accident, la mort n'est pas toujours le résultat immédiat de la rupture du cœur; le médecin ne devra donc pas désespérer entièrement de la vie du malade, il pourra par des soins intelligents lui apporter un utile secours en favorisant les efforts de la nature dans son travail de réparation.

Le sujet que j'ai entrepris est difficile à traiter, surtout au début de la carrière. Ce qui m'a déterminé à le choisir, c'est qu'un hasard heureux m'a fait rencontrer, pendant mon internat à la Maison nationale de santé de Charenton, un cas de rupture du cœur qui m'a paru digne du plus grand intérêt; la pièce, qui fera le sujet d'une observation que j'insérerai dans cette dissertation, a été présentée par moi à la Société anatomique, le 14 novembre 1851.

HISTORIQUE

Les anciens ne nous ont presque rien laissé sur le cœur, la circulation et ses lois leur étaient inconnues. L'immortel Harvey, qui le premier porta la lumière sur cette branche de la physiologie restée obscure jusqu'à lui, fut aussi le premier qui attira l'attention sur la maladie dont je vais parler; il a publié une observation que l'on trouvera dans son livre (*de Circul. sang.*, exercit. 3). Il faut ensuite aller jusqu'à Morgagni pour avoir quelques faits de ce genre, on peut voir son livre (*de Sedibus et causis morborum,* epist. 27-64). On en trouve aussi quelques-uns dans Verbrugge (*Dissert de anevrys.*). La première moitié du 18e siècle fut fertile en travaux de ce genre.

On peut lire dans les annales de l'Académie des sciences un mémoire qui est dû à Portal, et quelques observations consignées par Morand ; le premier de ces savants a certainement beaucoup éclairé la question. Haller en a rapporté plusieurs cas, sans altération préalable du tissu (*Physiol.*, tome 1, lib. 14, sect. 4).

Senac et Corvisart ont donné dans leurs ouvrages un certain nombre d'observations recueillies à des sources étrangères, car il ne fut pas donné à ces savants, qui ont tant écrit sur la pathologie du cœur, d'en voir un seul cas.

Si nous arrivons en 1820, nous voyons que deux hommes, MM. Blaud et Rostan, ont tous deux en même temps publié, chacun de leur côté, un mémoire sur ce sujet. Quelques années plus tard, M. Dezeimeris a entrepris un mémoire sur le sujet qui nous occupe ; la mort l'a frappé malheureusement avant qu'il ait eu le temps de mettre la dernière main à son œuvre (*Archiv. gén. de méd.*, 1834). Enfin M. le professeur Cruveilhier, dans son bel ouvrage d'anatomie pathologique, a donné sur cette maladie des considérations qui ont jeté beaucoup de jour sur la question ; c'est certainement à lui que la science doit ce qu'il y a de plus précis sur cette lésion.

DIVISIONS.

On pourrait considérer les ruptures du cœur suivant le siége qu'elles occupent, les diviser en ruptures des cavités gauches et droites de la pointe et de la base de la face postérieure, et de la face antérieure ; mais cette division ne me semble pas assez méthodique, et m'obligerait aussi à me répéter trop souvent dans le cours de mon travail.

Il me semble plus rationnel d'admettre une division basée sur les agents externes ou internes, qui peuvent réagir sur la texture même du cœur.

J'adopterai à peu près le plan que M. Dezeimeris a choisi dans son mémoire ; cependant je lui ferai subir quelques modifications. Ainsi je diviserai les ruptures du cœur, en ruptures résultant de causes externes, ruptures résultant de causes internes.

Causes externes. — Les ruptures de causes externes seront celles qui auront été produites par des violences extérieures.

Causes internes. — 1° Les ruptures sans lésions préalables du tissu du cœur,

2° Ruptures des parois préalablement dilatées,

3° Ruptures, conséquences d'obstacles à la circulation,

4° Ruptures par ramollissement,

5° Ruptures, suites d'abcès,

6° Ruptures par ulcération du cœur,

7° Enfin, ruptures à la suite d'hémorrhagies intertitielles dans la paroi même du cœur, le tissu pouvant être parfaitement sain.

Avant de faire la description de la maladie, il est bon de faire un choix d'observations tirées des auteurs qui seront le plus propres à prouver ce que je dois avancer.

Ire OBSERVATION.

Un jeune homme robuste, âgé de 21 ans, voulant retenir un cheval qui s'échappait, reçut un violent coup de pied dans la poitrine; il fut renversé à plusieurs pieds en arrière. Il se releva cependant, enfonça son chapeau sur sa tête, fit plusieurs pas vers l'écurie, et tomba mort. Les téguments ne portaient aucune trace du coup qu'il avait reçu. Le sternum était fracturé transversalement à quatre pouces et demi au-dessus de l'appendice xyphoïde. Le fragment inférieur était déprimé. Il n'y avait dans le médiastin qu'une légère ecchymose, et nul épanchement dans la poitrine.

Le péricarde était rempli de sérum jaunâtre et de sang coagulé; on trouva à la partie intérieure de l'oreillette droite une rupture d'un demi-pouce d'étendue.

Il y avait en outre une rupture incomplète du pourtour de l'orifice auriculo-ventriculaire du même côté, et enfin une troisième fissure sur la cloison qui ferme le trou de Botal.

Toutes ces lésions sont décrites avec soin et représentées par une bonne figure. (Ludwig, *Adversar. medico-pratica,* t. 1, p. 134).

IIe OBSERVATION.

Un savant âgé de 46 ans, qui n'avait jamais présenté que des digestions laborieuses, et des symptômes hypochondriaques, fut pris tout à coup, au mois de novembre 1773, d'une douleur violente de l'épaule du bras et de tout le côté gauche du corps ; cette douleur diminua peu à peu et permit au malade de se mettre à table. Vers la fin du repas, le retour de la douleur qui devint plus violente l'obligea à se mettre au lit. Le pouls était petit, faible et lent ; les mouvements du bras n'augmentaient pas la douleur. Guil.-God. Ploucquet crut reconnaître à ces caractères une douleur purement spasmodique ; il prescrivit des laxatifs et des antispasmodiques. La douleur persista, et le malade expira dans la nuit, environ quinze heures après l'invasion du mal.

Autopsie.—A l'ouverture de la poitrine, on vit le péricarde fort distendu. Il s'en écoula, quand on l'ouvrit, plusieurs onces d'un sang noir et grumeleux ; le ventricule gauche était déchiré; les fibres qui avaient éprouvé la rupture, rapprochées les unes des autres, offraient l'aspect d'une plaie faite par une balle de mousquet. On pouvait facilement introduire l'extrémité de deux doigts à travers la déchirure, jusque dans la cavité ventriculaire. Du reste, la substance du cœur, loin d'être ulcérée ou amincie, était au contraire très-forte. (Guil.-Cod. Ploucquet, *Nov. act. Acad. nat. curios.*, t. 6, p. 212.)

IIIe OBSERVATION.

Anne-Charlotte Aubert, âgée de 71 ans, ayant eu quatorze enfants, éprouvait depuis quinze ans environ une douleur intolérable dans le côté gauche de la poitrine et dans l'épigastre : cette douleur s'étendait dans la région dorsale où elle se faisait sentir profondément et revenait par intervalle ; le décubitus occasionnait de la suffocation. Cette femme était sujette à de fréquentes syncopes qui

survenaient à la suite de fortes palpitations; son sommeil était léger, elle s'éveillait souvent en sursaut, mangeait beaucoup et était douée d'une grande mobilité. Elle n'avait jamais réclamé les secours de la médecine, lorsque les froids rigoureux de l'hiver dernier aggravèrent sa position. Elle ne cessait de dire que ces froids la feraient périr; ayant vers ce même temps mangé une très-grande quantité de pommes de terre, elle eut plusieurs vomissements et des douleurs à l'épigastre qui la forcèrent d'entrer à l'infirmerie, le 7 février 1820. Je remarquai ce jour là que ses traits étaient profondément altérés, sa peau chaude; son pouls fréquent, assez développé, mais régulier; elle se plaignait d'amertume dans la bouche et de douleurs épigastriques, le ventre était peu sensible à la pression, les selles étaient naturelles; la respiration n'était nullement altérée, le thorax percuté rendait un son clair dans toute son étendue. Le lendemain 8, la malade assura qu'elle ne souffrait nulle part; je pensai qu'elle dissimulait ses douleurs, l'altération des traits de la face, la chaleur de la peau, contredisant fortement sa déclaration.

Je tins la malade à une diète sévère et aux boissons délayantes. Quelques jours après, cette femme vomit un ver lombric; étant assuré que l'abdomen était peu douloureux, je prescrivis une infusion de coraline qui fut bientôt suivi d'une pilule de calomel.

Le 20 février, des douleurs considérables se manifestèrent à l'épigastre, et nécessitèrent la suspension de ces moyens pour recourir de nouveau aux remèdes délayants. Le 24 au matin, elle disait être parfaitement bien. Tous les symptômes étaient en effet moins fâcheux, néanmoins elle expira la nuit suivante.

Autopsie. — Après avoir enlevé le sternum, le péricarde parut irrégulier à la surface et adhérent au cœur; en le soulevant, il fut facile d'apercevoir du sang épanché dans sa partie postérieure; ouvert avec précaution, il fut trouvé adhérent au cœur, non pas immédiatement, mais au moyen de plusieurs couches albumineuses plus ou moins denses; ces couches occupaient la face antérieure du cœur; pour voir d'où était venu le sang contenu dans sa partie

postérieure, il fallut détacher cette concrétion ; parvenu au tissu du cœur, on aperçut une rupture irrégulière et longue de 1 pouce ½. Il était aisé de voir que cette ouverture était *récente;* mais au côté gauche de cette fissure, dans l'étendue de 5 à 6 lignes dans tous les sens, la substance du cœur était détruite et remplacée par une concrétion fibrineuse, absolument semblable à celle qu'on rencontre dans les poches anévrysmales des gros vaisseaux, laquelle paraissait se confondre avec le tissu du cœur.

D'ailleurs le ventricule était aminci dans cet endroit et épaissi partout ailleurs. Une chose qui me paraît remarquable, c'est que la rupture ait eu lieu non pas sur la partie anciennement altérée, mais bien sur un endroit voisin ; la densité de la partie fibrineuse devait être bien grande et son adhérence bien solide. Les organes étaient sains, excepté le tube intestinal qui était enflammé dans toute son étendue. (Rostan, *Nouv. journ. de méd.*, 1820.)

IVe OBSERVATION.

Un militaire fut pris tout à coup d'une douleur violente aiguë oppressive occupant le milieu de la poitrine, et s'étendant jusqu'au bras ; elle cessa après que le malade eut bu un verre d'eau pure ; elle reparut le même jour à midi, mais pour ne durer qu'un instant. Aux approches de la nuit, retour de la douleur, mais beaucoup plus intense, intolérable. Des carminatifs procurèrent quelques soulagements. Les jours suivants, nouveaux accès également violents ; les douleurs, fixées principalement dans le côté gauche de la poitrine, ne dérangeaient, malgré leur violence, ni la respiration, ni le pouls ; les évacuants, les carminatifs, les antispasmodiques, semblaient procurer quelque amendement.

Cependant au troisième jour, augmentation de l'oppression des angoisses ; expectoration sanguinolente ; l'accélération du pouls et l'oppression déterminèrent à pratiquer la phlébotomie. Le sang coulait avec force et il en était sorti 4 ou 5 onces, quand tout à coup le

malade, qui n'avait éprouvé jusque-là nulle faiblesse, pâlit, tombe en syncope, et après quelques inspirations répétées, rend le dernier soupir.

A l'ouverture du cadavre, le péricarde, distendu et de couleur bleuâtre, montra dès l'abord que le cœur était déchiré; lorsqu'on eut ouvert ce sac membraneux, on vit le cœur plongé dans un amas de sang et de sérosité d'environ 2 livres. Le ventricule gauche présentait une déchirure de la longueur d'un pouce entre le sommet du cœur et l'oreillette du même côté; les bords en étaient inégaux; la substance du cœur, amincie dans le même trajet, était d'une couleur brune foncée, comme si elle eût été auparavant frappée de gangrène. Du reste, nulle autre altération dans le cœur, ni dans les poumons. Ni le cœur, ni les gros vaisseaux ne présentaient rien qui pût mettre obstacle au cours du sang. (Pet.-Gustave Tengmaler, *Diss. de ruptura cordis*, pres. Adoph Murray; Upsal, 1785, in-4°.)

Ve OBSERVATION.

On ne pourra guère trouver cette observation très-rare que dans le mémoire de M. Dezeimeris ou dans l'original.

Une femme robuste, de vingt-deux ans, adonnée à la boisson et aux liqueurs spiritueuses quelquefois, mais rarement, s'était plaint de douleurs qu'elle regardait comme rhumatismales. Le soir qui précéda sa mort, elle avait soupé comme à l'ordinaire, et le lendemain matin, on l'avait trouvée morte, couchée sur le côté gauche. A l'extérieur, le cadavre ne présentait rien de remarquable que la couleur rouge foncée des lèvres et de la partie supérieure de la poitrine. Dans l'abdomen, le foie avait une couleur plus blanchâtre, un volume plus considérable, et il adhérait fortement de toutes parts au péritoine. Les poumons étaient sains. Le péricarde était plus distendu et plus ample que dans l'état naturel. A l'ouverture de ce sac membraneux, on vit une grande quantité de sang coagulé qui

le remplissait et enveloppait le cœur de tous côtés, il y avait 8 à 10 onces de sang avec 1 à 2 onces de sérosité.

Le cœur était gras; en l'examinant avec soin, on reconnut que le sang s'en était échappé par une ouverture d'environ un demi-pouce de diamètre, située à la partie supérieure du ventricule gauche. Dans toute la circonférence de ce trou, la paroi du cœur était beaucoup plus mince que dans l'état naturel; à 1 pouce tout autour, on pouvait sentir de la fluctuation. En pressant ce viscère entre les doigts, on en exprimait une matière caséeuse; une dissection attentive du ventricule affecté fit reconnaître l'existence dans l'épaisseur de la parois d'un abcès de la grosseur d'un œuf de pigeon, communiquant avec la déchirure découverte. (*Transactions of the philosophico-medical Society of New-York,* t. 1, 1817.) Cette observation a été publiée par Mott.

VIe OBSERVATION.

Sur un cas de rupture du cœur, présenté par moi à la Société anatomique, le 14 novembre 1851.

Mme D. X., âgée de soixante et treize ans, est une femme d'un embonpoint excessif, sa santé a toujours été excellente.

M. Calmeil, qui la connaît depuis trente-trois ans qu'elle est dans l'établissement, affirme qu'elle n'a jamais été alitée, même pendant un jour. Depuis son entrée dans cette maison, son état intellectuel n'a présenté aucun changement, depuis longtemps elle est restée dans un état de démence profonde, son intelligence suffisait cependant encore aux soins qu'elle prenait d'elle-même, et de la chambre qu'elle occupait.

Aujourd'hui, 10 novembre, cette dame venait de déjeuner d'un excellent appétit, elle fait quelques efforts pour rallumer son feu mal éteint, elle demande un soufflet à une des bonnes de la maison; celle-ci le lui met entre les mains, s'absente quelques instants, et à son retour, elle trouve la malade assise sur sa chaise, la tête renversée

en arrière; une expression d'anxiété était peinte sur sa figure pâle et entièrement décolorée, ses yeux étaient largement ouverts et fixes. Effrayée, tout hors d'elle-même, la femme de chambre appelle au secours; on vient chercher un de mes collègues qui se trouvait de garde ce jour, il accourt aussitôt et fut à même de constater une triste réalité: Mme D. avait cessé de vivre. Cependant, préoccupé par la pensée d'une de ces hémorrhagies cérébrales foudroyantes qui arrivent si souvent chez nos malades, l'interne de garde ouvre vainement la veine qui ne donne pas de sang, cherche à surprendre quelque mouvement, quelque reste de sensibilité: tout fut inutile, il n'avait plus affaire qu'à un cadavre.

L'*autopsie* fut pratiquée vingt-huit heures après la mort; le cerveau fut d'abord examiné, et n'offrit rien de particulier, si ce n'est une décoloration de la substance grise qui avait une couleur mate et pâle; je passe sous silence la description des membranes qui étaient d'une ténuité remarquable, ce qui arrive rarement chez les individus en démence, la substance blanche présente à peu près la même vascularité que dans l'état sain; dans l'hémisphère droit du cerveau, et dans le lobe moyen, se voit un petit noyau de substance brune, disposé au milieu de la substance blanche, c'est un foyer dont les parois sont très-rapprochées et indiquent que la cicatrisation s'est faite depuis longtemps; car, pendant les dernières années de la vie de la malade, aucune lésion de mouvement n'a été observée chez elle. Le cervelet et la moelle allongée ne présentent rien de particulier à noter.

A l'ouverture du thorax, le péricarde semble énormément distendu; une ponction est faite alors, elle laisse échapper une quantité de sérum et de sang liquide, qui peut être évaluée à quatre grands verres. Une fois ce liquide écoulé, le cœur apparaît comme enveloppé par un énorme caillot sanguin, qui s'applique exactement sur ses deux faces: les poumons et le cœur sont alors détachés dans leur ensemble; le cœur paraît d'un volume normal, une couche de graisse assez épaisse recouvre la face antérieure du ventricule droit. A la face an-

térieure du cœur, rien de particulier à signaler; il n'en est pas de même à la face postérieure : à une égale distance du bord droit et du bord gauche de l'organe, et en tirant une ligne de la pointe à la base et sur la partie moyenne de cette ligne, se voit une petite déchirure, qui est un peu oblique de haut en bas et de droite à gauche; cette déchirure communique avec l'intérieur du ventricule gauche; en pénétrant avec le scalpel dans cette cavité, on voit l'orifice interne de communication; elle offre l'aspect d'une déchirure; la paroi intérieure du cœur, à part cette lésion, offre une coloration et une apparence normale.

Cet orifice, du côté de la surface interne, reçoit l'extrémité du petit doigt. Il est placé derrière une des grosses colonnes charnues, de telle sorte que, pendant la contraction du ventricule, la colonne charnue interceptait un peu l'orifice étant appliqué au-devant de lui. La paroi ventriculaire de ce côté ne semble pas avoir perdu de sa consistance, on ne remarque aucune trace d'ulcération ni de ramollissement; seulement, dans le point où s'est effectuée la déchirure, la consistance semble un peu au-dessous de l'état normal; l'épaisseur me paraît aussi très-diminuée, ce qui semblerait indiquer qu'un travail de résorption ou un arrêt de nutrition s'est fait en ce point, avant qu'eût lieu la rupture. Revenons à la face postérieure du cœur; au-dessus de l'orifice externe de la déchirure, se voit une surface ecchymosée, qui a environ un pouce de large sur un peu plus d'un pouce de hauteur. Cette ecchymose forme une espèce de tumeur qui fait un relief assez notable; fendue dans son plus grand diamètre, on voit un noyau apoplectique enclavé dans la substance même du cœur. Ce noyau a la grosseur d'une petite noix; on voit çà et là des petits points de sang noirâtre, qui semblent épanchés dans l'interstice des fibres du cœur. J'ai appelé cette tumeur noyau apoplectique; car il me semble qu'il a tout à fait la forme de ceux qu'on observe dans le cerveau, lorsque du sang est épanché dans la matière cérébrale. Les valvules et les orifices étaient sains; il n'y avait point dans l'aorte d'obstacle à la circulation.

Réflexions. Dans ce cas, la rupture a-t-elle précédé la lésion que nous avons sous les yeux, il me semble qu'il serait difficile d'expliquer l'extravasation sanguine dans l'interstice des fibres musculaires; dans une étendue ainsi circonscrite, et seulement au-dessus de la déchirure, l'imbibition, je crois, ne pourrait rien produire de semblable.

Je pense plutôt avec M. Cruveilhier, que, dans ce cas qui a beaucoup d'analogie avec un de ceux qu'il rapporte dans son *Anatomie pathologique,* l'hémorrhagie interstitielle a certainement précédé la rupture, et que cette hémorrhagie est le résultat d'une phlébite; la paroi du cœur était un peu plus amincie au-dessous du noyau apoplectique, et la déchirure s'est accomplie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Quand on ouvre le thorax d'un individu qui a succombé à une rupture du cœur, la première chose qui se présente à l'œil de l'observateur, c'est le péricarde ayant un aspect bleuâtre; il se trouve immédiatement appliqué contre le sternum, et il est ordinairement considérablement distendu, le poumon gauche est souvent refoulé en haut et à gauche; si on ouvre le péricarde, il s'échappe une quantité de liquide notable, quelquefois incolore, et dans lequel se trouve dans un grand nombre de cas la matière colorante du sang; puis on voit un caillot qui recouvre la face antérieure et les bords du cœur, quelquefois l'organe repose sur ce caillot comme dans un lit. Si on veut évaluer le poids de la quantité de sang liquide et du caillot contenu dans le péricarde, on verra qu'il varie de 125 à 360 grammes; le caillot pèse ordinairement de 96 à 220 grammes. On ne s'explique guère le cas rapporté dans le journal de Hufeland, où il est dit que le liquide épanché dans le péricarde pesait *trois livres.* Ce fait me paraît difficile à admettre, vu l'inextensibilité de ce sac membraneux.

État du cœur. Toutes les cavités du cœur sont susceptibles de se rompre ; cependant c'est principalement dans le ventricule gauche que se produit la lésion ; Morgagni, et, après lui, Laennec, MM. Rostan et Cruveilher, signalèrent cette loi.

Ces déchirures peuvent être multiples dans la même cavité. Ce fait s'observe rarement ; on le voit surtout dans les cas où on a affaire à une dégénérescence graisseuse de la paroi ventriculaire, ou bien quand celle-ci a atteint un certain degré de ramollissement : on trouvera un cas très-rare de cette rupture dans le mémoire de Portal (*Mém. de l'Acad. roy. des sciences,* année 1784). Il raconte la mort de Mme de Chabannes, qui succomba à une rupture du cœur. On voit, dans cette observation, que le cœur se rompit dans ses deux cavités ventriculaires : ainsi le ventricule gauche contenait trois déchirures ; ces trois ouvertures étaient séparées l'une de l'autre par une distance égale à un travers de doigt. Le ventricule droit était déchiré vers sa pointe, à quelques lignes de la cloison.

Le plus souvent il n'y a qu'une seule cavité où l'on remarque l'altération dont nous nous occupons. La lésion varie de siége ; elle peut affecter la face antérieure, la face postérieure, les bords ou la pointe ; M. Rostan l'a observée à lui seul deux fois à la pointe (*Mém. sur la rupture du cœur ; Nouv. journal de méd.,* 1820).

Il n'est pas surprenant que le cœur se rompe vers sa pointe quand la lésion réside dans le ventricule gauche, car en ce point la paroi est très-mince ; elle n'égale même pas en épaisseur la paroi ventriculaire du côté droit. La lésion ou déchirure peut offrir une ouverture oblique longitudinale ou transversale par rapport au grand axe du cœur, il se peut aussi que l'orifice externe ou celui qui est en rapport avec le péricarde soit beaucoup plus évasé que l'orifice interne, comme si la déchirure se fût opérée de dehors en dedans.

On voit quelquefois que l'orifice externe ne se trouve pas exactement en rapport avec la perforation interne. Je m'explique : il se peut que la paroi du cœur soit traversée obliquement, ainsi l'orifice interne se trouverait à la base du cœur et l'orifice externe corres-

pondrait à la pointe; d'autres fois on a vu un seul orifice interne communiquer avec plusieurs orifices externes.

M. Andral présenta à l'Académie royale de médecine un cœur qui offrait plusieurs ouvertures, sans ramollissement autour d'elles.

M. Cruveilhier interprète ce fait de la manière suivante : il y avait cinq perforations externes et une perforation interne ; ce sont ces faits qui ont fait dire au professeur que je viens de nommer qu'il n'existait pas de rupture ailleurs que dans le ventricule gauche.

Il est vrai que les ruptures des cavités droites sont très-rares, cependant il en existe dans la science quelques cas. M. Blaud, de Beaucaire, en a cité un bien authentique ; on peut lire l'observation 4, tirée de son mémoire (*Biblioth. méd., mém. sur le déchir. sen.*; juin 1820), et on verra que le ventricule droit s'est déchiré transversalement à sa région postérieure, dans une étendue d'environ 1 pouce et demi. Ce n'est pas, du reste, le seul exemple que je pourrais citer. M. Cruveilhier dit encore que l'étroitesse de l'ouverture interne l'a toujours frappé ; je ferai observer cependant que le cas qui s'est offert sous mes yeux laissait apercevoir extérieurement une petite fente à peine linéaire, tandis qu'à l'intérieur l'ouverture était beaucoup plus grande ; elle aurait reçu presque l'extrémité du petit doigt.

Dans les quelques observations qui sont sous nos yeux de rupture suite de violence extérieure, nous voyons que les ouvertures sont très-grandes ; elles ne ressemblent pas du tout à celles qui reconnaissent une autre cause. On voit très-souvent un petit caillot sanguin interposé entre les lèvres de la déchirure ; celle-ci a toujours un aspect frangé et déchiqueté.

Maintenant que nous avons examiné la lésion en elle-même et son siége, voyons quel est souvent l'aspect du cœur et des valvules.

On sait que c'est surtout dans les cas où un travail de ramollissement ou d'ulcération s'est opéré que s'observe l'altération que je décris.

Quel est donc l'aspect du cœur dans le cas de ramollissement? C'est, comme on le sait, une perte de consistance qui a succédé à une inflammation ou à une lésion de nutrition; le ramollissement peut occuper un point bien circonscrit, de même qu'il peut affecter l'organe tout entier; dans tous les cas, quels que soient les points du cœur envahis par la lésion, quand la perte de consistance n'est pas encore poussée très-loin, les parois sont seulement un peu décolorées, flasques; cette flaccidité du tissu est portée parfois à un tel point que l'organe peut être tordu comme un linge humide(Guding, Morgagni). Il arrive un degré de ramollissement tellement avancé que les doigts pénètrent facilement dans l'intérieur du tissu.

M. Blaud, déjà cité, a décrit un ramollissement qu'il a appelé sénile; la substance du cœur est molle, flasque; ses fibres sont comme infiltrées d'une sérosité gélatineuse; il arrive que cette substance a remplacé à peu près complétement la paroi du cœur, et les fibres musculaires sont alors perdues dans la masse dont je viens de parler. On a dit que le cœur était susceptible d'être envahi par la gangrène en quelques points; je crois que les auteurs qui ont avancé ces faits n'ont pas examiné avec assez de soin la lésion et lu avec assez d'attention ces observations. Ainsi je pense avec M. Dezeimeris que les ruptures qui ont été considérées comme arrivées à la suite de gangrène, ne sont rien autre chose que des ramollissements. Sur plus de vingt faits signalés comme tels que M. Dezeimeris a observé, avec soin, il n'en est qu'un seul qui lui permit de douter de la nature de la lésion.

Il arrive aussi qu'on voit la déchirure du cœur communiquer avec une poche anévrysmale; je puis à ce propos rapporter le fait cité par Robert-Adam.

Un soldat, au milieu d'une cruelle position, se plaignait d'une douleur violente dans la poitrine, qui fut bientôt suivie d'un épanchement dans le ventre, et d'une tuméfaction des membres inférieurs. Il mourut subitement. A l'autopsie, on trouva un anévrysme

formé sur le ventricule gauche et qui s'était ouvert (Robert Adam, *Cases of diseases of the heart with pathological observations*, in *Dublin hospital report*, t. 4, 1827, part. 2, art. 14).

Des abcès ce sont développés dans l'intérieur même de la substance du cœur ; dans ces cas, il y a eu destruction des fibres, comme on pourra le voir par l'observation que j'en rapporte plus haut. La lésion a lieu par suite de l'amincissement des parois, le pus s'accumulant dans un foyer ; puis, lorsqu'il n'est pas résorbé, il s'échappe au dehors, c'est alors que la rupture est produite ; dans ce cas, il s'est opéré un amincissement tout autour des parois, et dans une étendue plus ou moins grande. Si on presse sur les points voisins de la déchirure, on sent une fluctuation semblable à celle qu'on perçoit en examinant un abcès. Si l'on presse entre les doigts la paroi du viscère, on en exprime une matière caséeuse, ce n'est rien autre chose que du pus concrété. Dans l'observation 5, que je cite, il y avait un abcès de la grosseur d'un œuf de pigeon. Il peut se faire que des hydatides développées dans la paroi du viscère déterminent aussi une rupture. L'ulcération peut avoir été la cause première de la rupture ; dans ce cas, elle s'est produite de deux manières : de dehors en dedans, ou de dedans en dehors. L'ulcération est une lésion souvent bien localisée ; l'étendue qu'elle a peut varier, car il peut arriver que tout autour le tissu ne présente pas de trace de ramollissement.

Dans une observation de Haller, qu'on peut lire dans les *Mémoires de la Société royale de médecine*, année 1776, on voit qu'une jeune fille qui, depuis longtemps, avait tous les symptômes d'une syphilis constitutionnelle et d'une maladie du cœur vint à mourir, et on observa sur son cœur une plaque assez large qui occupait la face postérieure de l'organe ; dans toute l'étendue des deux ventricules, une légère couche de fibres musculaires empêchait au sang de s'échapper dans le péricarde ; il est probable que quelques jours plus tard la malade eût succombé à une rupture.

Voici une lésion qu'on observe aussi, mais plus rarement que le ramollissement; elle a été décrite par M. Cruveilhier, sous le nom d'*apoplexie du cœur*. Il a eu occasion d'observer, dans les parois du cœur, des épanchements sanguins qui étaient circonscrits, et les compare aux apoplexies pulmonaires avec rupture des fibres de l'organe. Il n'y a qu'un pas, dit ce professeur, entre cette lésion et la rupture de la paroi. On conçoit très-bien que si les fibres du cœur se détruisent, se rompent peu à peu, il arrivera un moment où la paroi finira par céder et par livrer passage au sang. Les cas de cette nature sont excessivement rares; je suis heureux de pouvoir en rapporter ici une observation qui m'appartient (voyez 6e observation). Dans ce cas, il me semble qu'il y a quelque différence avec ce qui a été observé par M. Cruveilhier. Le cœur est sain partout, excepté sur ce point; car, comme on peut le lire dans mon observation, il est difficile de trouver dans la paroi des traces de ramollissement; tout ce que j'ai pu constater, c'est une diminution légère de consistance. Avant de terminer tout ce qui existe sur cette variété de lésion, il est curieux d'observer comment le fait s'est passé. C'est dans un point bien circonscrit que se trouve le noyau apoplectique; la paroi du cœur en ce point semble un peu plus épaisse. Cette augmentation d'épaisseur apparente est probablement due à l'infiltration qui s'est opérée dans l'interstice des fibres. Si on fend le noyau apoplectique, on voit des épanchements partiels bien circonscrits, les petits foyers disséminés ont à peu près la grosseur d'une tête d'épingle.

Maintenant que nous avons décrit la lésion à peu près sous toutes ses formes, voyons quelles sont les altérations environnantes. Le cœur est souvent hypertrophié, avec dilatation et amincissement de ses parois; les orifices sont quelquefois rétrécis, ou bien les valvules mitrales ou sygmoïdes sont indurées; des concrétions ossiformes ou cartilagineuses sont déposées sur leurs faces. A la surface interne de la crosse de l'aorte, on peut voir parfois des dépôts de même nature.

Corvisart a décrit une rupture partielle du cœur, il désignait ainsi la rupture des colonnes charnues, ou de leur prolongement tendineux. Dans les observations qu'il nous a laissées, la rupture semble avoir eu lieu à la suite d'efforts violents; Laennec a vu une fois la déchirure d'une colonne charnue qui lui parut consécutive à une ulcération. Bertin a observé une lésion pareille, il l'a crue déterminée par une quinte de toux.

ÉTIOLOGIE.

La rupture du cœur est une maladie heureusement assez rare. Morgagni la croyait plus rare encore, il attribuait même à une maladresse de l'anatomiste un bon nombre de lésions de ce genre, on peut voir ce qu'il dit dans le passage suivant :

« Alteram vero quemadmodum ex Mariani litteris accepi, a. 1755, « 14e kal. martius ad me datis continuo, describam tanto libentius « quia sic augebitur numerus earum observationum, in quas; si ea « quæ præcesserunt, et quæ deprehensa sunt perpendamus cum san- « guis intra pericardium effusus conspectus est; cadere dubium non « possit, an is ante mortem si morbi exierit an postea prosectorum « dumtaxat incuria, minime videlicet animadvertentium; se dum « pericardium aperirent, scalpello simul quæ pericardio includuntur, « vulnerasse, neque enim desunt qui vel in plerisque, si superis pla- « cet, harum observationum sic accidere potuisse, suspicentur. » (Epistola, 64, art. 14).

C'est surtout dans la vieillesse que la rupture du cœur a lieu; elle est rarement primitive, comme je l'ai dit plus haut. Il me répugne beaucoup d'admettre une rupture sans que l'organe ait été préalablement soumis à un travail inflammatoire, ou à une dégénérescence. Cependant il est difficile d'expliquer autrement l'observation troisième.

Dans ce cas on ne trouve pas en effet de lésion locale. Il ne paraît pas qu'un sexe plus qu'un autre soit prédisposé à cette maladie. Les

tempéraments sanguins pléthoriques paraissent plus que tout autre susceptibles de cet accident.

Les causes doivent être divisées en causes internes, causes externes et causes efficientes.

Les causes externes sont toutes les violences extérieures, les chutes, les coups, les chocs sur la région précordiale.

Les causes internes sont toutes les lésions susceptibles de diminuer la consistance des parois du cœur, toutes les dégénérescences, les inflammations, les abcès, les ulcérations, les ramollissements, la résorption des fibres musculaires du cœur, la présence de la graisse dans l'interstice de ces fibres; les hypertrophies du cœur sont aussi cause de cette lésion, car il nous arrive de voir, dans l'observation citée par M. le professeur Rostan, une hypertrophie avec dilatation être accompagnée si ce n'est d'une diminution dans l'épaisseur de la paroi au niveau de la pointe de l'organe, au moins d'un arrêt de développement comparativement au reste de la paroi ventriculaire.

Les anévrysmes, les hémorrhagies interstitielles, le cancer, les tubercules du cœur, sont autant de causes locales susceptibles d'amener la maladie dont nous parlons. Les obstacles à la circulation du sang siégeant dans le système artériel à l'origine de l'aorte ou l'artère pulmonaire, les lésions des valvules tricuspides et aortiques, les maladies de ces orifices ont été observées avec les ruptures. Sont-elles une coïncidence ou une cause de la maladie? Il est probable que, surtout lorsqu'il n'existe pas de lésion dans les parois rompues, c'est à ces différentes altérations qu'on doit attribuer la déchirure et l'éraillement des fibres musculaires. Dans le cas rapporté par M. Fleury, médecin de Clermond-Ferrand, il est difficile de se refuser à la puissance de cette cause, lorsqu'on voit que dans une rupture du ventricule gauche on pouvait observer plusieurs points d'ossification dans les valvules aortiques et dans le tronc de l'aorte, les artères carotides sous-clavières et crurales, et leurs principales branches étaient presque totalement ossifiées.

M. Fleury regardait, à juste raison, cette ossification comme la cause de la rupture.

Parmi les causes efficientes ou déterminantes, nous indiquerons, chez les individus déjà prédisposés les courses forcées, les grands mouvements du corps, un régime trop excitant, les émotions morales vives, une vie agitée par des passions tumultueuses, la profession dramatique, celle du barreau, en un mot toutes celles dans lesquelles la voix est fréquemment en action ; les violentes agitations de l'âme, les excès vénériens qui ordinairement accélèrent à un si haut point les battements du cœur.

Parlerai-je aussi des accès d'asthme, des catharres chroniques, qui gênent la circulation pulmonaire, et, par le fait, sont susceptibles d'augmenter les efforts du cœur pour vaincre les obstacles contre lesquels il est obligé de lutter? Un effort de toux ou de vomissement suffit parfois pour donner lieu à une déchirure: il est bien entendu qu'il faut pour cela qu'il existe une cause prédisposante.

Mécanisme des ruptures.

Comment s'accomplit ce phénomène pathologique?

Dans la généralité des cas, il faut qu'un obstacle s'oppose au cours du sang ou bien qu'une lésion de la paroi du viscère lui enlève sa force de résistance. Ainsi, par exemple, voyons ce qui se passe dans les ruptures qui ont lieu à la suite de violences extérieures; qu'elles soient le résultat d'une chute, d'un coup reçu sur la paroi de la poitrine, on a remarqué que la lésion avait le plus souvent son siége dans une des cavités droites du cœur; le sang éprouve une gêne ou temps d'arrêt dans son cours; quand la cause est considérable, les cavités droites se distendent; puis, à cette distension, succèdent des efforts de contractions, puis les fibres distendues finissent par céder, et ce sont celles qui ont par elles-mêmes le moins de force, en raison de leur nombre, qui se rompent. D'après les observations que j'ai lues, j'ai été à même de constater que la rup-

ture se passait plus souvent dans l'oreillette droite ou dans le ventricule du même côté. Cependant Portal a consigné dans son mémoire déjà cité une observation qui lui a été communiquée par Chaussier ; dans ce cas, l'artère aorte avait été violemment comprimée par le poids d'une roue de voiture qui passa lentement sur les parois de la poitrine; le sang arrivant des veines pulmonaires distendit l'oreillette, celle-ci avec le ventricule luttèrent alors ensemble pour se débarrasser du liquide qu'ils contenaient. Les parois du ventricule résistèrent, mais l'oreillette étant moins puissante, ses parois furent obligées de céder en un point.

On peut expliquer de la même façon les ruptures qui arrivent à la suite d'une obstruction quelconque de l'aorte ou de l'artère pulmonaire.

M. Dezeimeris rapporte une observation qui confirme encore ces vues; il s'agit d'un jeune homme enfermé à la prison de la Force, de Dijon; ce jeune homme avait une tumeur, du volume du poing, qui entourait la crosse de l'aorte, de telle sorte que le passage du sang présentait une ouverture du calibre du petit doigt; les parois du ventricule étaient amincies, et c'est à la pointe de l'organe que se fit la rupture. Chaussier a fait des expériences sur les animaux vivants, il vit la cavité se dilater, se rompre, presque dans le même instant, lorsqu'il arrêta la circulation dans les gros troncs artériels. Sur un animal vivant, si on serre l'origine de l'aorte, le ventricule et l'oreillette gauche se déchirent. Ce qu'il y a de surprenant, c'est que lorsqu'on répète l'opération sur l'artère pulmonaire, le ventricule et l'oreillette se distendent, la fibre frémit, mais il ne s'opére point de rupture. Si le mécanisme de la rupture est facile à expliquer dans les cas que nous venons de passer en revue, il n'en est pas de même pour la rupture spontanée et sans lésion préalable de tissu ; il me répugne beaucoup de les admettre. M. Dezeimeris, qui veut prouver leur existence, cite, à cet effet, un grand nombre d'observations à l'appui de son assertion. Cependant il en est quelques-unes dans lesquelles il ne considère pas de lésion de l'organe, pourtant

les orifices sont rétrécis ou les valvules sont malades. Il doit y avoir dans ce dernier cas un trouble dans la circulation, susceptible de faire comprendre la déchirure; cependant j'ai lu quelques observations où les lésions du viscère et de ses orifices manquaient complétement; ne pourrait-on pas admettre, avec M. Cruveilhier, dans ces cas, une certaine fragilité du tissu qui se serait localisé en un point quelconque d'une des cavités? Si on n'admet pas cet état anormal de la partie, il est presque impossible d'expliquer le mécanisme de la déchirure.

Dans les cas de dégénérescence graisseuse ou autre, de ramolissement, d'ulcération ou d'hémorrhagies interstitielles, en un mot toutes les fois qu'un travail morbide se passe dans la paroi, on comprend très-bien ce mécanisme de la rupture. Une ulcération peut se faire du dehors en dedans ou de dedans au dehors, peu à peu la paroi de l'organe se détruit. Enfin une contraction survient qui brise la dernière digue opposée au sang. Voici encore une question qui a quelque intérêt à être résolue: Est-ce pendant la systole ou pendant la diastole que le cœur se rompt?

Il est difficile de répondre à cette question. Cependant je suis porté à croire que c'est pendant la contraction, car dans ce cas l'organe est actif; dans la diastole, au contraire, il est entièrement passif, et il doit être alors distendu et moins facilement rompu.

SYMPTOMATOLOGIE.

Dans un grand nombre de cas, l'individu qui est atteint de la lésion que je décris est comme frappé de la foudre; il a à peine le temps de prononcer quelques mots, d'accuser une douleur vive à la région précordiale, et il meurt.

C'est ce que j'ai été à même de voir dans le fait qui s'est présenté à ma propre observation; le passage de la vie à la mort a été l'histoire d'un instant. C'est ainsi que se passent le plus communément les choses dans les ruptures suite de violences extérieures.

Il existe aussi de ces affections du cœur qui n'ont jamais été accusées par le sujet, qu'il n'a même pu soupçonner; dans ces, cas un effort quelconque amène la rupture, et la vie cesse brusquement; mais les choses n'arrivent pas toujours de cette façon, le sujet est averti par des prodromes, qui, il est vrai, la plupart du temps n'attirent pas l'attention sur une rupture probable. Le malade éprouve des douleurs dans la région précordiale, celles-ci remontent vers la clavicule, et c'est surtout au niveau de l'omoplate du côté gauche qu'elles paraissent plus violentes.

Le malade ressent cette douleur quelquefois dans toute la continuité du bras du même côté; cette douleur est souvent si vive qu'il ne ressent plus celle du cœur et éprouve un sentiment d'engourdissement dans tout le membre. Quand une fois la rupture est consommée, on peut, en percutant la région précordiale, percevoir une matité correspondant à toute l'étendue du péricarde. Si on applique son oreille sur cette région, on entend les bruits du cœur; mais ils sont sourds et loin de l'oreille, l'impulsion de la pointe du viscère est très-faible; quand la rupture n'est pas accomplie, on voit parfois les douleurs dont nous avons parlé se dissiper, le malade se croit guéri et prend ce qu'il vient d'éprouver pour un simple malaise, puis il s'écoule un intervalle de temps plus ou moins grand, les symptômes reparaissent avec plus d'intensité, le pouls est petit et accéléré, les sueurs sont abondantes, les extrémités sont froides, la face est pâle et les lèvres cyanosées, la dypsnée devient de plus en plus insupportable; enfin en proie à une douleur vraiment poignante, faisant un dernier effort pour échapper à la mort, le patient rend le dernier soupir.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de la rupture du cœur est souvent très-obscur, les symptômes que nous venons de passer en revue pourraient la faire confondre avec plusieurs autres maladies. Quand la mort est subite,

il me semble qu'on ne pourra guère confondre la lésion du cœur avec une apoplexie cérébrale, car à moins, ce qui est très-rare, que ce soit une hémorrhagie du bulbe, la vie ne cesse pas si instantanément : quand même l'épanchement sanguin se serait fait dans la protubérance annulaire, la mort ne serait pas aussi rapide.

J'ai été à même d'en observer un cas, l'année dernière, où le mésocéphale était presque entièrement détruit par le sang ; cependant, bien que le mouvement et la sensibilité aient à peu près disparus, la respiration et les battements du cœur persistèrent encore pendant six heures. On voit que dans les cas d'apoplexie les plus foudroyants, les battements du cœur et la respiration continuent encore quelque temps. Il est une maladie avec laquelle on pourrait aussi confondre la rupture du cœur, c'est la syncope ; en effet, la respiration et la circulation cessent tout à coup, les battements du cœur sont imperceptibles, la face est décolorée, mais les extrémités ne se refroidissent pas aussi vite, le malade n'accuse pas une douleur dans la région précordiale ; dans tous les cas, le peu de durée de la syncope aidera le médecin à sortir de son incertitude.

Dans certains cas, où la maladie marche lentement, les prodromes pourraient être confondus avec un rhumatisme des muscles de la poitrine, mais dans ce cas, la douleur est moins forte et augmente quand le malade fait des mouvements ; de plus, le malade n'éprouve ni lipothymies, ni perte de connaissance.

Voici une affection avec laquelle la rupture du cœur pourrait être confondue, en considérant les phénomènes qui la précèdent, et de laquelle il doit être très-difficile de la différencier ; je veux parler de l'angine de poitrine : en effet, dans cette dernière maladie on éprouve, à la région précordiale et dans tout le côté gauche, une douleur vive qui s'irradie vers le bras du même côté ; mais il me semble que voici un signe qui peut différencier ces deux maladies, c'est la plus grande facilité avec laquelle se fait la respiration dans l'angine de poitrine.

PRONOSTIC.

La rupture du cœur a toujours été regardée comme une maladie mortelle, ce qui en fait la gravité, ce n'est pas l'hémorrhagie en elle-même, mais la présence d'un liquide remplissant le péricarde, qui ne permet pas au cœur d'exercer ses fonctions; malgré cette gravité, je suis heureux de pouvoir citer une observation de guérison (observ. 3).

Le déchirement, on le sait, peut être complet ou incomplet: dans le premier cas, il est impossible au malade de ne pas être enlevé par une mort prompte; dans le second cas, la rupture met un temps plus ou moins long à s'accomplir, il est possible encore au malade de vivre un temps indéterminé.

Il peut arriver que l'ouverture qui donne issue au sang soit très-petite; voilà ce qui peut se passer: il peut se faire, comme dans l'observation qui m'appartient, que l'orifice interne se trouve plus ou moins en rapport avec une colonne charnue, celle-ci pendant la contraction peut fermer l'issue au sang. La quantité de sang épanchée est quelquefois tellement petite qu'il se peut que la vie se prolonge: un petit caillot sanguin viendra alors obturer l'orifice.

Lorsque le déchirement sera imcomplet, le pronostic sera d'autant plus fâcheux que l'individu fera de grands mouvements, ou bien se livrera à des exercices ou à des travaux immodérés.

TRAITEMENT.

Je diviserai le traitement en préventif et en traitement qui devra être appliqué aux accidents, lorsqu'ils auront commencé. Quand le médecin aura reconnu le ramollissement ou plutôt quand il l'aura soupçonné, quand des obstacles dans les voies circulatoires lui auront été signalés, il devra conseiller au malade le repos le plus absolu, faire en sorte qu'il évite toute espèce d'efforts, il faudra

tâcher d'éloigner toutes les causes capables d'accélérer les battements du cœur, il sera important de lui conseiller de s'abstenir de vin, de liqueurs spiritueuses, d'excitants de toute espèce.

Le malade fera usage d'aliments faciles à digérer, on lui interdira toutes les émotions morales, susceptibles d'amener une grande joie ou une tristesse extrême; il faudra surtout insister auprès de lui pour qu'il vive dans la continence la plus absolue; car il pourrait arriver que, chez l'individu atteint d'une maladie du cœur, que l'on suppose être une lésion organique des parois de l'organe, un seul acte vénérien déterminât la rupture des quelques fibres qui s'opposent encore à l'irruption du sang.

Si le mal est déjà bien avancé et que la rupture soit sur le point de se faire ou achevée, c'est ici que tous les moyens dont nous venons de parler devront être sévèrement mis en usage. La position horizontale est indispensable. M. Blaud cite une observation où, par cette seule position, le malade éprouva un mieux sensible.

Dans le but de diminuer la violence des douleurs, on serait peut-être tenté de faire une large saignée,

Il faut bien s'en garder; car, dans deux cas, j'en cite un (observ. 4), dans un autre cité par le Dr Carrier, on voit qu'à peine la veine a-t-elle été ouverte, les douleurs devinrent plus vives, les accidents allèrent en augmentant.

De ces faits, je conclus que les émissions sanguines doivent être entièrement prohibées en pareil cas.

Malheureusement on voit que, quel que soit le traitement employé, il est bien difficile d'empêcher le malade de succomber.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Des effets de la foudre sur les corps bruts et sur les animaux.

Chimie. — Du sulfate de zinc.

Pharmacie.—Des préparations pharmaceutiques qui ont pour base un composé de plomb.

Histoire naturelle. — Caractères de la famille des ombellifères.

Anatomie. — Des artères et des veines de l'organe auditif.

Physiologie. — Des parties qui composent le sens du goût.

Pathologie interne. — Des applications de la percussion au diagnostic des maladies de l'abdomen.

Pathologie externe. — De la hernie inguinale.

Pathologie générale. — De l'étiologie des hydropisies.

Anatomie pathologique. — Des entozoaires en général.

Accouchements. — L'accouchement prématuré artificiel peut-il être appliqué à d'autres cas qu'à ceux de retrécissement du bassin ?

Thérapeutique. — Quelles sont les applications thérapeutiques du froid ?

Médecine opératoire. — De la cure radicale des hernies.

Médecine légale. — De l'empoisonnement par l'arsenic.

Hygiène. — De l'allaitement mixte.

Vu, bon à imprimer.

ROUX, Président.

Permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de la Seine,

CAYX.

Paris, le 14 août 1852.